17

EXPOSÉ DES TITRES

DE

M. LE DOCTEUR TILLAUX

CANDIDAT A LA CHAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE

VACANTE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



CORBEIL

IMPRIMERIE CRÉTÉ

—

1884

EXPOSÉ DES TITRES

De M. le Docteur TILLAUX

CANDIDAT A LA CHAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE

VACANTE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les titres que M. Tillaux fait valoir à l'appui de sa candidature se rapportent à deux chefs :

1° Ses fonctions et son enseignement ;
2° Ses publications.

1° Fonctions et Enseignement.

M. Tillaux a été nommé successivement, par concours :
Aide d'anatomie en 1859;
Prosecteur en 1861;
Chirurgien des hôpitaux en 1863;
Agrégé de la Faculté de médecine en 1866.

Il fut nommé le premier agrégé de sa promotion.

Il rappelle qu'à la dernière vacance d'une chaire de pathologie externe, il fut présenté le second sur la liste, à une forte majorité.

De 1859 à 1866, M. Tillaux fit, comme la plupart de ses collègues, des cours publics à l'École pratique : cours de diagnostic chirurgical, de pathologie externe et d'histoire de la chirurgie; mais sa véritable carrière d'enseignement ne commence qu'en 1868, époque où il fut appelé à la direction de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Bien que l'amphithéâtre des hôpitaux, appelé vulgairement amphithéâtre de Clamart, soit une institution libre, les élèves qui le fréquentent n'en sont pas moins tous élèves de la Faculté. M. Tillaux estime donc qu'il est en droit de faire valoir les services qu'il a rendus dans cet établissement.

L'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux avait eu pour fondateur et directeur, pendant quarante ans, M. Serres. Cet illustre savant, parvenu à un âge très avancé, ne pouvait, dans les dernières années de sa vie, remplir activement ses fonctions. Lorsqu'il mourut, en 1868, le directeur de l'Assistance publique d'alors, M. Husson, se proposa de faire de Clamart un centre, non seulement de dissection, mais encore d'enseignement pour l'anatomie et la médecine opératoire. Il chercha dans ce but un homme jeune, pouvant consacrer beaucoup de temps à ses fonctions, possédant une situation scientifique suffisante, et ayant déjà prouvé son aptitude à l'enseignement. Il s'informa longuement auprès des professeurs de la Faculté, et la succession de M. Serres fut offerte, dans des conditions toutes nouvelles, à M. Tillaux, qui, depuis cette époque jusqu'à ce jour, a dirigé les travaux de Clamart.

Il n'appartient pas à M. Tillaux de dire jusqu'à quel point il a justifié la confiance de l'administration, mais il peut affirmer qu'il se mit à l'œuvre résolument, qu'il y consacra tout son temps et organisa un enseignement régulier.

Frappé depuis longtemps de ce fait que si l'anatomie descriptive était remarquablement enseignée à la Faculté par le titulaire actuel de la chaire, M. le professeur Sappey, l'anatomie chirurgicale n'y était pas représentée, M. Tillaux essaya de combler cette lacune dans les limites restreintes où il lui était donné d'agir et institua un cours d'anatomie topographique. Depuis seize années consécutives, sans une seule interruption, il s'est efforcé d'apprendre cette branche importante des sciences médicales à de nombreuses générations d'élèves, qui ont successivement rempli l'amphithéâtre de Clamart, et il considère comme son plus grand titre auprès de la Faculté, le succès constant de son cours.

Pendant cette longue période, M. Tillaux a eu la satisfaction de voir un certain nombre de professeurs des Facultés étrangères venir assister à ses leçons et lui demander conseil sur la méthode qu'il convenait de suivre pour l'enseignement de l'anatomie chirurgicale.

Les prosecteurs qui se sont succédé, ainsi que le chef du laboratoire d'histologie, secondèrent M. Tillaux avec le plus grand zèle en faisant, eux aussi, des cours réguliers, et il est légitime de reconnaître que Clamart devint ainsi un véritable centre d'enseignement. Cette organisation rendit aux élèves les plus grands services, et ne fut pas inutile aux prosecteurs eux-mêmes. MM. Nicaise, Th. Anger, Terrillon, Marchand, Schwartz, Henriet et Quenu, sortis de Clamart depuis que M. Tillaux en a pris la direction, le démontrent par la brillante carrière qu'ils ont parcourue dans la suite.

Lorsque M. Tillaux prit la direction scientifique de l'amphithéâtre des hôpitaux, il n'y existait que des pavillons de dissection. Pour compléter l'enseignement de l'anatomie, il était indispensable de créer un laboratoire d'histologie. Malgré certains obstacles qu'il fallut vaincre, le laboratoire fut construit et aménagé de telle sorte qu'il peut aujourd'hui rivaliser avec les plus beaux laboratoires du même ordre. M. Tillaux fut encore bien secondé dans cette voie, et il peut se féliciter du choix qu'il fit du premier chef de ce nouveau laboratoire. Il

en confia la direction à M. Grancher, encore interne à cette époque. M. Grancher, arrivé aujourd'hui à une grande et légitime notoriété, s'est plu maintes fois à reconnaître que c'est à Clamart qu'il a fait les travaux qui ont rapidement attiré sur lui l'attention du monde médical.

Des conférences d'histologie normale et pathologique sont faites dans ce laboratoire. Les élèves y sont toute l'année exercés à la technique du microscope, et cela depuis 1868, époque à laquelle la Faculté n'avait pas encore organisé les travaux pratiques; s'efforçant de combler une lacune de l'enseignement officiel, M. Tillaux obtint de l'administration que des microscopes seraient mis à la disposition des élèves.

Les personnes qui désiraient faire des vivisections éprouvaient les plus grandes difficultés à se procurer des animaux, un local et l'outillage nécessaire. Ces difficultés étaient même insurmontables avant l'entrée de M. Tillaux à Clamart. Tous ces éléments de travail furent mis largement à la disposition des élèves par l'administration de l'Assistance publique, et chaque année ils étaient conviés à en profiter.

Il favorisa ainsi la production d'un assez grand nombre de travaux importants, tels que: la thèse de M. Dubuisson sur l'inoculation de la tuberculose, les recherches de M. Duret sur la commotion cérébrale, la thèse de M. E. Nélaton, etc., etc.

Si M. Tillaux donna un nouvel essor à l'enseignement de l'anatomie, quand il prit la direction de Clamart, il eut à peu près tout à organiser pour la médecine opératoire, et cela se conçoit, puisque son illustre prédécesseur M. Serres était exclusivement médecin.

Depuis 1868, M. Tillaux a fait sans relâche, pendant la saison d'été, un cours de médecine opératoire. Il a partagé l'enseignement avec les deux prosecteurs qui ont toujours montré le plus

grand zèle à remplir leurs fonctions. Non seulement les opérations courantes sont enseignées à Clamart, mais encore les opérations spéciales.

Après chaque leçon, pendant toute la durée du cours, les élèves répètent sous les yeux des professeurs.

En résumé, par son enseignement continu depuis seize années, hiver et été, par les améliorations et les créations qu'il a faites à Clamart, M. Tillaux a la conscience d'avoir contribué dans une large mesure à l'instruction des élèves.

L'enseignement clinique est dévolu aux professeurs de clinique de la Faculté, et les chirurgiens des hôpitaux n'ont à cet égard aucune mission officielle à remplir. Cependant, M. Tillaux est de ceux qui pensent que les élèves attachés à nos services doivent y trouver l'instruction et que l'hôpital est une école. Entraîné d'ailleurs par son goût passionné et les quelques aptitudes qu'il croit avoir pour l'enseignement, M. Tillaux n'a cessé, depuis vingt et un ans qu'il est attaché aux hôpitaux, de s'occuper activement des élèves, de les interroger, de leur faire examiner devant lui les malades, de leur inculquer les meilleures méthodes d'examen. Il a d'ailleurs trouvé sa récompense dans l'empressement que de nombreuses générations d'élèves ont mis à suivre son service. Il en est journellement récompensé par l'honneur qu'ils lui font de réclamer ses conseils dans l'exercice de leur professi

M. Tillaux fut désigné, en 1872, comme agrégé, pour faire la suppléance de Denonvilliers, dans la chaire de médecine opératoire. C'était au milieu du cours, et il y avait quelque péril à succéder du jour au lendemain à un pareil professeur. Il fut également chargé de la suppléance, pendant tout le semestre de 1873. M. Tillaux ne peut s'empêcher de rappeler le succès qu'il obtint dans cet enseignement.

L'ovation dont il fut alors l'objet de la part des élèves qui remplissaient le grand amphithéâtre de la Faculté, lui causa l'émotion la plus profonde qu'il ait éprouvée de sa vie. Il ne croit pas trahir la vérité en disant que ce cours a fait époque. Les relevés semestriels transmis par la Faculté au Ministère de l'instruction publique, et qu'il serait facile de consulter, pourraient d'ailleurs fournir à cet égard des renseignements officiels.

2e Publications.

La publication principale de M. Tillaux, celle qui résume en quelque sorte toute sa vie scientifique, est son *Traité d'Anatomie topographique avec applications à la chirurgie.*

Cet ouvrage paru en 1877 est arrivé aujourd'hui à sa quatrième édition, preuve incontestable de son succès. Il a été suffisamment apprécié à l'étranger pour qu'on l'ait traduit en espagnol, en italien et en russe. Il est devenu classique dans notre pays. Bien que l'Académie des sciences réserve ordinairement ses récompenses aux travaux originaux, elle a néanmoins décerné à celui-ci un prix Monthyon, en 1882, distinction d'autant plus précieuse qu'elle est plus rare. C'est qu'en effet cet ouvrage, qu'on le trouve bon, médiocre ou mauvais, ne ressemble à aucun de ceux qui avaient été publiés sur le même sujet, soit en France, soit à l'étranger. L'auteur a apporté dans sa composition la méthode qu'il apporte dans son enseignement, la méthode que suivait Nélaton dans ses cliniques et dont il s'est pénétré pendant son internat chez ce professeur incomparable. Elle consiste à faire des descriptions claires, concises, appuyées à chaque instant de figures exactes ou schématiques, à faire pénétrer la vérité par les yeux en même temps que par l'esprit du lecteur, à rendre par le dessin certains détails que la parole ou l'écriture sont parfois impuissantes à faire saisir.

L'auteur a préparé cet ouvrage par dix années d'enseignement à l'amphithéâtre des hôpitaux et quatorze ans de pratique hospitalière. Aussi n'est-ce pas un ouvrage d'anatomie pure. A chaque pas, pour ainsi dire, la route est semée d'applications soit à la pathologie externe, soit à la médecine opératoire, à ce point qu'on a pu reprocher à l'auteur, si toutefois c'est un reproche, d'avoir fait un livre plus utile au praticien qu'à l'élève. C'est qu'en effet, l'élève a déjà besoin d'une certaine somme de connaissances élémentaires pour tirer profit de sa lecture.

Il est aisé de constater, en comparant entre elles les éditions

successives, qu'il n'est pas un point nouveau de pathologie externe ou de médecine opératoire, présentant quelque importance (et le nombre en est considérable dans ces dernières années) qui ne soit signalé et apprécié.

Les publications de M. Tillaux ont trait à l'anatomie, à la pathologie externe et à la médecine opératoire, mais toutes en définitive, de près ou de loin, ressortissent à la chirurgie. C'est pourquoi, au lieu de les rapporter à ces trois chefs, il a préféré suivre un ordre chronologique, l'ordre dans lequel elles ont paru, ce qui d'ailleurs offre un certain intérêt historique, et permet de mieux le suivre dans les diverses phases de sa vie scientifique.

L'auteur a extrait de son *Traité d'anatomie topographique* quelques points plus spécialement originaux qu'il n'avait pas jugé à propos de publier dans d'autres recueils.

En raison du nombre assez grand de ses publications, l'auteur, pour ne pas grossir outre mesure cet exposé, en a présenté seulement un court résumé et souvent même n'a donné que le titre ; mais il a pris soin d'indiquer exactement l'endroit où on pourra les retrouver *in extenso*.

M. Tillaux, étant depuis 1868 un des membres assidus de la Société de chirurgie dont il a eu l'honneur d'être le président, a pris une part active à un grand nombre de discussions reproduites dans les Bulletins de cette Société.

Par l'ensemble de ses travaux, M. Tillaux a l'espoir de démontrer que, tout en consacrant le meilleur de son temps à l'hôpital et à l'enseignement de Clamart, il n'est pas resté étranger au mouvement scientifique de son époque.

1. *Structure de la glande sublinguale.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° La glande sublinguale n'est pas, comme on a paru le croire jusqu'à présent, une glande unique parfaitement délimitée, comparable aux glandes sous-maxillaire et parotide auxquelles elle est généralement associée.

C'est un groupe de glandes en grappe distinctes les unes des autres, munies chacune d'un canal excréteur spécial.

2° Le nombre des conduits excréteurs est éminemment variable, il oscille entre 15 et 30.

L'auteur a également étudié la structure de la glande sublinguale chez le bœuf et chez le cheval.

De ses recherches anatomiques l'auteur s'est cru autorisé à conclure au siège de la grenouillette qui ne serait autre chose que la dilatation d'une des petites glandes sublinguales. (*Soc. de biologie*, 1858, et *Thèse inaugurale*, 1862.)

Cette conclusion était purement théorique. Dans un travail ultérieur, l'auteur, s'appuyant sur de nouvelles recherches anatomiques et cliniques, a signalé non pas l'une des petites glandes sublinguales, mais la bourse de Fleischmann comme étant le siège ordinaire de la grenouillette. (Voir le n° 66 de cet Exposé.)

2. *Extrophie de la vessie.*

L'auteur étant interne à l'hospice des Enfants assistés, recherche le mode d'union des différentes couches de la paroi abdominale avec les bords correspondants de la paroi postérieure de la vessie. (*Compte rendu des séances de la Société de biologie*, janvier 1859 ; *Gaz. méd.*, 1859.)

3. *Des sinus de la face.*

Ce travail est divisé en trois parties :

1° Développement des sinus de la face et du sinus frontal en particulier;

2° Examen et réfutation des principales opinions émises sur la physiologie des sinus ;

3° Du rôle physiologique des sinus.

Les sinus de la face ont, pour l'auteur, un rôle exclusivement mécanique, ils sont intimement liés au développement de la face, destinés à fournir, sans augmentation de poids, une plus large surface d'insertion aux muscles et surtout à maintenir le poids de la face en équilibre avec celui du crâne. (*Thèse inaug.* Paris. 1862.)

4. *Des conduits excréteurs de la glande lacrymale chez l'homme et quelques vertébrés.*

L'auteur a rencontré des variétés qui lui ont permis de comprendre les divergences d'opinion existant entre les anatomistes. Il a poursuivi son étude chez le mouton, le veau, le chien, le cerf, plusieurs oiseaux, etc.

Ces recherches sont consignées dans sa *Thèse inaugurale* (Paris, 1862).

5. *De l'uréthrotomie.*

Thèse pour le concours de l'Agrégation à la Faculté de Médecine de Paris, en 1863.

6. *Doit-on pratiquer la circoncision pour guérir le phimosis accidentel?*

L'auteur résume son Mémoire par les deux réponses suivantes :

1° Il ne faut pas pratiquer la circoncision si le phimosis date de peu de jours; si les chancres sont suffisamment à découvert pour être pansés ; si rien ne fait croire à l'existence d'érosions sur le gland.

2° Il faut la pratiquer sans retard si le phimosis remonte à une époque éloignée; si un écoulement de pus abondant et incessant par l'orifice préputial démontre qu'il y a là des ulcérations cachées inconnues quant à leur nombre, leur étendue, et que l'opération seule peut permettre de découvrir. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1865.)

7. *De l'uréthrotomie interne.*

Ce travail est un résumé critique de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, en 1865. (*Bull. de thérap.*, 1865.)

8. *Dysménorrhée physique. — Guérison par la dilatation du col de l'utérus.*

La dilatation est obtenue par l'éponge préparée et la laminaria digitata. (*Bull. gén. de thérap.*, 1865.)

9. *Du traitement de la coxalgie.*

Ce travail est un exposé critique de l'état actuel de la science sur le sujet. (*Bull. gén. de thérap.*, 1865.)

10. *Du traitement de l'anthrax.*

L'auteur discute les différents modes de traitement qui ont été proposés, entre autres l'extirpation dans le cas d'anthrax malin par M. Broca et les incisions sous-cutanées de M. Alphonse Guérin. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 décembre 1865.)

11. *Des affections chirurgicales des nerfs.*

Thèse pour le concours de l'Agrégation à la Faculté de Médecine de Paris, en 1866.

12. *De la trépanation du rachis à la suite des fractures de la colonne vertébrale.*

L'auteur, dans son Mémoire qui a pour base une opération de trépanation du rachis, pose la question suivante : « Lorsqu'un homme jeune, vigoureux, présente une fracture de la colonne vertébrale évidente, palpable, *avec paraplégie*, le chirurgien doit-il rester simple spectateur ou bien agir d'une façon active ? »

Tout en faisant quelques réserves basées sur l'état probable de la moelle, il se déclare, après discussion, partisan de la trépanation rachidienne. Quant à

l'époque à laquelle il convient de faire cette opération, la crainte de déterminer une myélite traumatique le porte à croire qu'il est préférable d'attendre trois ou quatre semaines après l'accident. (*Bull. gén. de thérap.*, 1866.)

13. *De l'anesthésie locale.*

Ce travail est une sorte de revue et une comparaison des différents moyens employés pour produire l'anesthésie locale à propos de l'appareil de Richardson. L'auteur considère le procédé d'anesthésie par l'éther pulvérisé comme bien supérieur aux mélanges réfrigérants de glace et de sel marin; il s'élève contre la prétention de certains chirurgiens anglais, de substituer l'anesthésie locale à l'anesthésie générale. (*Bull. gén. de thérap.*, mai et juin 1866.)

14. *Érythème produit par l'action du cérat.*

L'auteur rapporte le cas d'un malade chez lequel le contact du cérat des hôpitaux le plus fraîchement préparé produisait invariablement un érythème. Il en conclut à une grande réserve de la part du chirurgien dans le pansement de certains opérés, à la suite des autoplasties en particulier, cet érythème pouvant être le point de départ d'un érysipèle. (*Bull. gén. de thérap.*, 1866.)

15. *Anévrysme du pli du coude. — Ligature par la méthode d'Anel. — Incision du sac. — Insuccès. — Double ligature dans le sac. — Guérison.*

Dans cette observation, l'auteur fait remarquer la difficulté de faire le diagnostic dans les cas où la poche est enflammée, parce que, alors, tout symptôme propre aux anévrysmes a disparu; il démontre encore la supériorité de la ligature des deux bouts artériels dans le sac, sur la ligature par la méthode d'Anel, pour les anévrysmes du pli du coude. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1866.)

16. *Observation de corps étranger dans l'œsophage.*

Il s'agit d'un aliéné qui, *pour refouler des glaires dans l'estomac*, avait avalé

un caillou du volume d'un gros œuf de pigeon. Ne pouvant être extrait par les moyens ordinaires, il fut refoulé dans l'estomac. Il n'y eut pas d'accident. (*Bull. de thérap.*, 1867.)

17. *Des injections d'eau froide dans le catarrhe chronique de la vessie.*

L'auteur expose la pratique qu'il suivait lorsqu'il était chargé du service de chirurgie de l'hospice de Bicêtre. (*Bull. de thérap.*, 1867.)

18. *Emploi de la charpie carbonifère comme désinfectant des plaies.*

Dès 1859, l'auteur fit, le premier, connaître la propriété désinfectante de la charpie carbonifère, préparée par MM. Malapert et Pichot, de Poitiers. (*Bull. de thérap.*, 1867.)

19. *Traitement du cancroïde par l'acide acétique.*

Ce traitement, employé pour vérifier l'assertion de plusieurs chirurgiens anglais, sans amener la guérison, a cependant produit un résultat avantageux. (*Bull. gén. de thérap.*, 1867.)

20. *Luxation sous-conjonctivale du cristallin.*

Aux symptômes classiques de la luxation sous-conjonctivale du cristallin, l'auteur a ajouté les suivants :

A. La paupière supérieure perd de sa convexité ;
B. Elle présente un aspect ridé et plissé ;
C. Le creux orbito-palpébral est moins profond que celui du côté opposé. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1867.)

21. *De l'appareil qu'il convient d'employer après la ténotomie dans le traitement du pied-bot.*

L'auteur fait observer que deux ordres d'appareils sont employés après la

ténotomie, pour s'opposer à la réunion des deux bouts du tendon : les appareils mécaniques et les appareils inamovibles. M. Bouvier préfère les premiers, l'auteur cherche à démontrer la supériorité des seconds et cite à l'appui cinq cas de section du tendon d'Achille, pratiqués à Bicêtre dans le service de M. Auguste Voisin. (*Bull. gén. de thérap.*, 1867.)

22. *Suture des deux bouts divisés du tendon du long extenseur du pouce droit. — Réunion.*

L'auteur a employé, pour obtenir ce résultat avantageux, la suture que M. Nélaton a conseillée pour la réunion des deux bouts d'un nerf divisé. (*Bull. gén. de thérap.*, 1867.)

23. *Luxation coxo-fémorale.*

L'auteur termine sa communication en posant à la Société de chirurgie les deux questions suivantes :

Jusqu'à quelle époque est-on autorisé à tenter la réduction d'une ancienne luxation en général, celle de la hanche en particulier ?

Quelle est la limite de traction que le chirurgien ne doit pas dépasser sans danger pour le malade ? (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1868.)

24. *Recherches expérimentales sur le mécanisme de la production des luxations coxo-fémorales en arrière.*

Voici les conclusions de ce Mémoire :

1° Dans la luxation iliaque en arrière, la tête du fémur ne s'échappe jamais au-dessus du pyramidal ;

2° La tête du fémur peut s'échapper :

A. Entre le pyramidal et l'obturateur interne ;

B. Entre l'obturateur interne et le muscle carré crural ;

C. Quelquefois mais rarement à travers le carré crural et même au-dessous du muscle obturateur externe ;

3° Ce n'est pas le point par lequel s'engage la tête du fémur qui détermine la variété de luxation en arrière, ainsi que le pensait Malgaigne;

4° La résistance musculaire n'apporte qu'un obstacle insignifiant sinon nul à l'ascension de la tête du fémur;

5° La variété de luxation est déterminée *étiologiquement* par la plus ou moins grande flexion de la cuisse sur le bassin au moment de l'accident; *anatomiquement*, par les portions de capsule qui restent intactes;

6° La luxation coxo-fémorale en arrière est complète ou incomplète;

7° La luxation incomplète a pour condition anatomique la déchirure de la capsule en bas et en arrière, sa conservation en avant et en haut;

8° La luxation incomplète est le prélude obligé, le premier degré de toute luxation complète;

9° Cette luxation incomplète est toujours ischiatique, il ne saurait y avoir de luxation iliaque incomplète;

10° Pour qu'une luxation incomplète puisse être transformée en luxation *ischiatique complète*, il faut qu'à la déchirure de la capsule en bas et en arrière se joigne la rupture du faisceau antérieur au ligament de Bertin;

11° Pour qu'une luxation incomplète puisse être transformée en *luxation iliaque*, il faut qu'à la déchirure de la capsule en bas et en arrière se joigne la rupture du faisceau supérieur;

12° Ces deux luxations: ischiatique complète et iliaque, loin d'être deux degrés différents de la même luxation comme le pensait Malgaigne, sont tellement distinctes qu'on ne peut jamais transformer l'une en l'autre, si ce n'est par la déchirure intégrale de la capsule, auquel cas la luxation étant dite *vague*, il n'y a plus de classification possible;

13° La luxation iliaque ne présente qu'une seule espèce;

14° La luxation ischiatique incomplète présente trois espèces qui sont déterminées par le degré de flexion de la cuisse sur le bassin, mais surtout par le plus ou moins de déchirnre du faisceau capsulaire antérieur. Ces espèces sont:

A. Luxation ischiatique moyenne sur l'épine sciatique (variété ilio-ischiatique de M. Nélaton, sacro-sciatique de Gerdy);
B. Luxation ischiatique moyenne sur l'épine sciatique;
C. Luxation ischiatique inférieure sur la tubérosité de l'ischion.

25. *Recherches expérimentales sur l'introduction de l'air dans les artères.*

En 1868, l'auteur a fait des expériences nombreuses sur l'introduction de l'air dans les artères, ce qui n'avait pas encore été fait jusqu'alors. Résultat tout à

fait imprévu, il produisit de cette façon des désordres très graves sur les centres nerveux. (*Envoi d'un pli cacheté à l'Institut en* 1868, et *Anat. top.*, p. 463.)

26. *Luxation spontanée de la sixième vertèbre cervicale sur la septième.*

Ce fait est remarquable en ce que la septième cervicale offrait à la sixième un plan incliné produit par *usure* sans traces de mal vertébral ancien ou récent. (*Bull de la Soc. de chir.*, 1868.)

27. *Enchondrome à marche rapide de la mâchoire supérieure. Résection partielle des deux maxillaires. — Guérison.*

La tumeur ne présentait que des cellules de cartilage, et l'auteur espérait, lorsqu'il publia l'observation dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 mai 1868, qu'il ne surviendrait pas de récidive, mais celle-ci est survenue moins de six mois après la guérison.

28. *Plaie non pénétrante du cœur. — Séjour d'une tige métallique, longue de* 16 *centimètres, large de* 2 *millimètres, pendant treize mois, dans la paroi ventriculaire.*

L'auteur discute l'opportunité de l'intervention chirurgicale. (*Bult. de la Soc. de chir.*, 1868.)

29. *Hypertrophie générale de l'utérus. — Corps fibreux engagé dans le col. — Tentative d'extraction.*

Ce travail repose sur un fait observé à l'hôpital Saint-Antoine en 1868, et la pièce est déposée au musée de l'Amphitéâtre d'anatomie des hôpitaux; il est remarquable en ce que l'auteur croit avoir signalé un symptôme nouveau : l'augmentation et la diminution périodiques de la tumeur. Si l'avenir démontrait que ce symptômo est propre aux hypertrophies utérines, ce serait là un précieux signe diagnostique avec les corps fibreux. (*Bull. de la Société de chir.*, 1868.) Courty, *Traité des maladies de l'utérus*, 3ᵉ édit., p. 981.

30. *De l'ostéogénie chirurgicale.*

L'auteur expose les recherches de MM. Sédillot et Ollier sur la question ; il a surtout en vue de discuter les résections sous-périostées de M. Ollier, et fait de grandes réserves à l'endroit des résultats annoncés par l'opérateur. (*Bull. gén. de thérap.*, 1868.)

31. *De l'emploi aes appareils plâtrés en chirurgie.*

L'auteur étudie tous les genres d'appareils plâtrés et conclut à la supériorité de l'appareil à attelles plâtrées de MM. Hergott et Maisonneuve ; il démontre que cet appareil trouve son application surtout lorsqu'il convient de produire une immobilisation immédiate ou qu'il s'agit de transporter un blessé, sur le champ de bataille par exemple. (*Bull. gén. de thérap.*, 1868.)

32. *Kyste séreux du creux sus-claviculaire droit présentant des signes insolites. — Injection iodée. — Guérison.*

(*Bull. gén. de thérap.*, 30 décembre 1868.)

33. *Épanchement traumatique de sérosité. — Ponction simple. — Guérison.*

L'auteur a eu occasion de rencontrer un certain nombre de ces épanchements qui ont été le point de départ d'un travail de l'un de ses anciens internes, M. le docteur Peltier, sur ce sujet. Pour expliquer ces épanchements il pense que les capillaires étirés ne laissent plus passer du sang que la partie la plus fluide, la sérosité, et retiennent les globules. (*Bull. de thérap.*, 1868.)

34. *De l'évidement du calcanéum.*

L'auteur compare les deux méthodes de traitement applicables dans la carie du calcanéum, la résection et l'évidement; il conclut à la supériorité de l'évi-

dement et donne à l'appui deux observations où cette opération a été suivie de succès. (*Bull. gén. de thérap.*, 1868.)

35. *Nouvel instrument destiné à l'opération des rétrécissements du rectum, présenté à l'Académie de médecine en* 1868.

Cet instrument a été représenté par M. Le Fort dans le *Traité de médecine opératoire* de Malgaigne, t. II, p. 456.

36. *Extraction de quatre fausses dents tombées et accrochées dans l'œsophage.*

Une femme de trente-deux ans avale, la nuit, une pièce de platine supportant quatre dents et terminée de chaque côté par deux crochets, le tout mesurant cinq centimètres de largeur. L'extraction fut extrêmement pénible et ne put être obtenue qu'après avoir brisé la pièce avec une longue pince œsophagienne. (*Bull. gén. de thérap.*, 1869.)

37. *Réflexions sur quelques points relatifs aux hernies étranglées.*

L'auteur pose et essaie de résoudre les questions suivantes : — Faut-il pratiquer un taxis modéré ou un taxis forcé? — Combien de temps faut-il pratiquer le taxis? — A quelle période de la hernie le taxis cesse-t-il d'être praticable?

Il discute ensuite la nouvelle théorie de la kélotomie sans réduction, proposée par le docteur Marc Girard, et la rejette. (*Bull. gén. de thérap.*, 1869.)

38. *De l'ovariotomie.*

Dans ce Mémoire, l'auteur fait l'historique de l'ovariotomie, expose les indications et contre-indications de l'opération, et décrit ensuite le manuel opératoire dans tous ses détails. (*Bull. gén. de thérap.*, 1869.)

Le manuel opératoire de l'ovariotomie a subi de grandes modifications depuis la publication de ce travail, qui présente dans tous les cas un intérêt historique.

39. *De la taille périnéale.*

Après avoir exposé l'historique des différentes méthodes de taille périnéale, avoir démontré les avantages et les inconvénients que chacune d'elles présentait, l'auteur termine ainsi son Mémoire :

« Nous pensons résumer fidèlement l'état actuel de la science sur l'importante question de la lithotomie en disant qu'il n'y a plus que deux grandes méthodes en présence :

1° Quelle que soit la direction de l'incision extérieure, le chirurgien se trace une voie plus ou moins large en incisant le col de la vessie et la prostate afin d'extraire la pierre d'un seul coup; c'est la méthode la plus généralement employée, représentée par la taille pré-rectale de M. Nélaton.

2° Le col de la vessie et la prostate ne sont jamais incisés, mais dilatés sans déchirure, et la pierre est retirée par fragments : c'est la lithotritie périnéale de M. Dolbeau.

La question à résoudre est donc celle-ci : la gravité de la taille dépend-elle des incisions cervicales de la vessie, et devons-nous y renoncer à jamais? C'est aux faits, c'est à l'avenir qu'il appartient de répondre. » (*Bull. gén. de hérap.*, 1869.)

40. *Extraction d'une grosse épingle ayant séjourné près de quatre mois dans l'intestin d'un enfant de quinze mois.*

Le corps étranger détermina la production d'un abcès dans la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite; l'abcès fut ouvert, l'épingle attirée au dehors et coupée le plus près possible de sa tête; celle-ci, repoussée dans l'intestin, fut expulsée avec les matières fécales. (*Bull. gén. de thérap.*, 1870.)

41. *Articles publiés dans le* Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

1° Article *Bandages en général;*
2° Article *Brayers;*
3° Article *Lombes.*

Dans ce troisième article, l'auteur a donné de la région lombaire une description anatomique qui n'avait pas encore été faite jusqu'ici.

42. *Hernie vaginale droite. — Taxis modéré. — Réduction. — Mort rapide.*

L'auteur rapporte un fait de réduction de hernie suivie de mort dont il n'a pu trouver l'explication à l'autopsie. Ce fait peut être considéré comme un corollaire du Mémoire analysé n° 37 de cet Exposé. (*Bull. gen. de thérap.*, 1870.)

43. *Du traitement des étranglements internes.*

L'auteur se propose, dans ce Mémoire :

1° De démontrer l'existence des pseudo-étranglements si formellement niés par Malgaigne dans son *Anatomie chirurgicale;* d'indiquer les circonstances diverses dans lesquelles ils se produisent, ce qu'il fait en rappelant des observations citées par M. Henrot et en publiant des faits qui lui sont personnels ;

2° De discuter le traitement qu'il convient d'opposer à l'étranglement interne vrai.

Mettant en parallèle la gastrotomie et l'entérotomie, l'auteur adopte exclusivement cette dernière opération en suivant la méthode si ingénieusement imaginée par M. Nélaton. (*Bull. gén. de thérap.* 1870.)

L'auteur est aujourd'hui d'un avis opposé et pense que la gastrotomie est supérieure à l'entérotomie. (Note de 1884.)

44. *Taille pré-rectale et lithotritie périnéale. — Guérison.*

Cette opération, pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine, est relatée dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1870.

45. *Carie de l'épine de l'omoplate. — Evidement. — Guérison.*

(*Bull. gén. de thérapeut.*, 1870.)

46. *Travaux divers sur l'opération du trépan.*

Dans un premier travail, publié en 1867 dans le *Bulletin général de thérapeutique*, l'auteur expose un résumé critique des diverses opinions émises à la Société de chirurgie sur l'opération du trépan.

L'année suivante, en 1868, il lit un Mémoire sur le même sujet à la Société. S'occupant spécialement du trépan appliqué aux accidents primitifs, il dit que le cas le plus favorable est celui d'un blessé atteint de fracture du crâne avec plaie et présentant une hémiplégie du côté opposé à la lésion, et cependant il prouve que sur deux malades de l'hôpital Saint-Antoine offrant ces phénomènes, l'opération du trépan eût été absolument inutile, car la compression était exercée par un caillot situé à 10 centimètres du point fracturé, et rien ne pouvait faire reconnaître le lieu précis de l'épanchement.

En 1871, l'auteur publie (*Bulletin de thérapeutique*) un nouveau cas qu'il fait suivre des réflexions suivantes : « Le trépan pouvait-il être de quelque utilité pour le malade? Évidemment non. En appliquant la couronne au point contus, le chirurgien eût eu la bonne fortune de tomber sur le caillot, ce qui n'a pas toujours lieu. Mais qu'eût fait une seule couronne de trépan pour un épanchement qui occupait toute l'étendue du pariétal gauche? »

L'auteur est donc en général opposé à l'opération du trépan primitif quand on n'a pas pour but de relever un fragment osseux manifestement enfoncé.

Dans un quatrième travail publié en 1869 (*Bulletin de thérapeutique*), l'auteur explique pourquoi il a pratiqué l'opération du trépan sur un blessé entré le 2 juin à l'hôpital Saint-Antoine : c'est qu'au huitième jour, alors qu'il n'y avait pas encore eu d'accidents cérébraux, la suppuration s'empara du foyer de la fracture. Les phénomènes du côté du cerveau s'étant manifestés, il y avait lieu de craindre un foyer intra-crânien, et la trépanation n'était dans ce cas qu'un débridement.

47. *De la hernie inguino-interstitielle. — Rôle du taxis dans cette hernie.*

L'auteur pense avoir éclairé d'un jour nouveau l'étude de la hernie inguino-interstitielle. Voici ses conclusions :

1° On doit réserver le nom de hernie inguino-interstitielle non pas à l'une des périodes d'évolution de la hernie inguinale habituelle, mais à celle qui, ne pou-

vant jamais devenir scrotale, élit son domicile fixe dans le canal inguinal et consécutivement dans l'interstice de la paroi abdominale ;

2° La condition anatomique indispensable à l'existence de cette hernie est l'absence ou l'étroitesse extrême de l'orifice inférieur du canal inguinal;

3° Cette disposition de l'orifice est intimement liée à l'ectopie testiculaire. L'ectopie inguinale favorise par excellence la production de la hernie inguino-interstitielle, qui est alors congénitale.

4° L'étranglement de cette variété de hernie est surtout le résultat de la compression exercée sur l'intestin par les deux plans contractiles qui le limitent en avant et en arrière.

5° Le taxis est plutôt nuisible qu'utile dans la hernie inguino-interstitielle étranglée. (*Bull. gén. de thérap.*, 1871.)

48. *Du pansement ouaté.*

Après avoir examiné les différentes théories sur le mécanisme de l'infection purulente, l'auteur décrit l'appareil ouaté employé par M. A. Guérin. (*Bull. gén. de thérap.*, 1871.)

49. *Réflexions sur les plaies d'armes à feu observées pendant la campagne de* 1870-1871.

L'auteur fait ressortir la différence que présentent les plaies d'armes à feu suivant que l'os a été ou non respecté, la plus légère lésion de l'os entretenant une suppuration qui est souvent de longue durée. Il signale les nombreux avantages qu'il a reconnus à l'appareil à attelles plâtrées dans le traitement des fractures compliquées, combattant à cet égard les opinions de M. Legouest. Il cite une observation remarquable d'éclatement de la tête de l'humérus, produit par une balle, qui, ayant seulement déprimé les vêtements sans les percer, était ressortie avec ces vêtements. La lésion nécessita une résection de la tête de l'humérus qui donna les meilleurs résultats. (*Bull. gén. de thérap.*, mars 1871.)

50. *De la gangrène produite par les pansements à l'acide phénique.*

En rapportant deux cas de gangrène sèche produite par le pansement à l'acide phénique, l'auteur appelle l'attention des praticiens sur ce mode de pansement qui jouit depuis quelque temps d'une grande vogue.

La solution doit être assez faible pour qu'il ne reste aucun dépôt au fond du vase. C'est ce dépôt qui, formé par l'acide phénique non dissous et agissant à l'état de pureté, détermine la gangrène. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 septembre 1871.)

51. *De l'atrophie musculaire consécutive aux congélations.*

L'auteur est le premier qui ait observé et signalé en 1868 certains cas d'atrophie musculaire capable d'entraver la fonction du membre survenant à la suite des congélations. La coagulation de la myéline se produisant dans les tubes nerveux, même dans un point assez éloigné de la partie congelée, lui a paru, d'après les expériences qu'il a faites sur les animaux à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, la cause essentielle de cette grave complication.

Ces faits mentionnés par M. Olivier dans sa thèse d'agrégation se trouvent exposés dans la thèse de M. Babaut. (*Thèses de Paris*, 1871.)

52. *Tribut fourni par Goyrand, d'Aix, à la thérapeutique chirurgicale.*

L'auteur passe en revue les différents travaux de Goyrand, insistant sur l'extraction des corps étrangers articulaires et les amputations sus-malléolaires. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 novembre 1871.)

53. *De la torsion des artères appliquée aux grandes opérations.*

L'auteur a lu à l'Académie de Médecine, en 1871, un court travail sur cette question qu'il se propose de développer ultérieurement. Il croit avoir imaginé un procédé et un appareil instrumental beaucoup plus simples que ceux qui ont été employés jusqu'alors. Ce mode opératoire ne lui a donné jusqu'ici que des résultats très favorables.

(Voir le n° 79 de cet Exposé.)

54. *Recherches cliniques et expérimentales sur les fractures malléolaires.*

Voici les conclusions de ce Mémoire :

1° On comprend à tort, sous le nom de fractures du péroné, un certain nombre de désordres résultant d'un mouvement anormal du pied, qui peuvent

porter sur la malléole externe, sur la malléole interne et sur le corps du tibia lui-même;

2° Ces désordres doivent être réunis sous le nom générique de fractures malléolaires;

3° Les fractures malléolaires se produisent presque toujours dans un mouvement d'adduction ou d'abduction du pied, mouvement qui ne saurait exister sans un certain degré de projection de la pointe du pied en dedans ou en dehors;

4° Le mouvement d'adduction forcée peut produire :

A. L'arrachement de la malléole externe seule;
B. Cet arrachement avec éclatement de la malléole interne;
C. Ce même arrachement avec fracture sus-malléolaire transversale du tibia. La luxation de la tête du péroné peut se substituer à l'arrachement de la malléole externe pour produire cette fracture transversale;

5° Le mouvement d'abduction produit :

A. L'arrachement soit des ligaments latéraux internes, soit de la malléole elle-même;
B. Consécutivement la fracture du péroné avec plus ou moins d'intégrité des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs;

6° De l'intégrité de ces ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ou de leur arrachement du tibia résulte le degré de luxation du pied en dehors;

7° Le péroné ne peut céder, dans les fractures par abduction, que si les ligaments internes ou la malléole interne ont été préalablement brisés. (*Mémoire lu à l'Académie de médecine, à la séance du 1er mai 1872.*)

55. *Des malformations de l'anus et du rectum.*

L'auteur divise les malformations de l'anus et du rectum en deux grandes classes :

1° Celles qui apportent un obstacle absolu au cours des matières fécales;
2° Celles qui permettent l'expulsion des fèces.

Dans les premières il faut agir sur l'heure soit en rétablissant la voie normale, soit en créant une voie nouvelle : les secondes permettant le plus souvent à l'enfant de vivre, le chirurgien peut agir à son heure, et attendra même quelque temps, presque toujours avec avantage. (*Bull. gén. de thérap.*, 1872.)

56. *Tumeur gazeuse de la région massétérine droite chez un ouvrier verrier. — Guérison par le repos et par la compression.*

La tumeur produite par le passage de l'air dans le canal de Sténon est remarquable par son extrême rareté. (*Bull. gen. de thérap.*, 1872.)

57. *Corps étrangers du genou droit. — Deux tentatives d'opération par la méthode de Goyrand, d'Aix. — Extraction à ciel ouvert. — Guérison.*

(*Bull. gén. de thérap.*, mars 1872.)

58. *Des incisions latérales dans l'uranoplastie.*

Ce travail est résumé par les conclusions suivantes :

1° Les accidents les plus graves de l'uranoplastie sont la gangrène du lambeau et l'hémorrhagie.

2° Ces deux accidents reconnaissent pour cause prépondérante la division des artères palatines postérieures.

3° On évitera ces deux accidents en conservant ces artères dans l'épaisseur des lambeaux, c'est-à-dire en pratiquant toujours les incisions latérales tout près de l'arcade dentaire et parallèlement à cette arcade, quelle que soit d'ailleurs l'étendue de la perforation. (*Bull. de thérap.*, 1872. — *Anat. top.*, 3ᵉ édit., p. 305.)

59. *Anévrysme diffus de la cuisse consécutif à l'ulcération d'une artère perforante.*

Un anévrysme diffus de la cuisse succéda à l'ulcération d'une des perforantes de l'artère fémorale située au voisinage d'un abcès. Cet abcès était lui-même consécutif à une ostéite de la ligne âpre. (*Bulletin de thérap.*, 1872.)

60. *De l'énucléation du globe de l'œil par le procédé dit d'arrière en avant.*

L'auteur conseille de diviser d'abord le tendon du droit externe ; d'aller, par cette boutonnière, couper le nerf optique avec des ciseaux courbes ; d'attirer ensuite le globe en avant, ce qui permet de sectionner très aisément les autres attaches musculaires. L'opération est ainsi grandement facilitée, et permet d'éviter, presque à coup sûr, l'ouverture de la loge postérieure de l'orbite. (*Bulletin de thérap.*, juillet 1872.)

61. *Nécrose phosphorée.*

L'auteur a fait à la Société de chirurgie. sur la nécrose phosphorée, une communication qui a été le point de départ d'une discussion importante. Le maxillaire inférieur nécrosé lui parut si démonstratif qu'il l'a figuré dans son Traité d'anatomie. (*Soc. de chirurgie*, décembre 1873.)

62. *Tumeur épithéliale de l'épiglotte et des replis glosso-épiglottiques. — Cautérisation au galvano-cautère.*

(*Cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie, le* 5 novembre 1873.)

63. *Tumeur érectile de la nuque, du volume d'une grosse mandarine, chez un enfant de 18 jours. — Guérison absolue par la cautérisation ignée.*

Tel est le titre d'une observation remarquable que l'auteur a présentée à la Société de chirurgie en montrant l'enfant guéri. (Décembre 1873.)

64. *De l'otite moyenne des tuberculeux.*

Des recherches faites par l'auteur et par son élève le Dr de la Bellière, il résulte que les perforations du tympan, si fréquentes chez les tuberculeux, ne résultent pas de tubercules développés dans la caisse ou dans la membrane,

mais bien d'une otite moyenne produite par propagation de l'inflammation du pharynx à la trompe d'Eustache et à la caisse. (*Thèse du Dr de la Bellière*, 1874. — *Anat. top.*, p. 113.)

65. *Trachéotomie chez un adulte avec le galvano-cautère.*

Cette observation fut publiée à la Société de chirurgie à l'époque où l'on s'occupait beaucoup du meilleur procédé de trachéotomie.

Il s'agissait d'un vieillard atteint d'une tumeur épithéliale de la langue. Le résultat fut satisfaisant. (*Soc. de chirurgie*, mars 1874.)

66. *De la pathogénie de la grenouillette.*

Dans un travail dont l'analyse est rapportée au no 1 de cet Exposé, sur la structure de la glande sublinguale, l'auteur avait pensé que la grenouillette sublinguale siégeait dans les granulations de la glande. Mais ses recherches ultérieures sur la bourse de Fleischmann et sur l'inextensibilité du canal de Warthon ont modifié sa manière de voir. Il pense aujourd'hui que, dans l'immense majorité des cas, la grenouillette a pour siège la bourse séreuse de Fleischmann. (*Soc. de chirurgie*, juin 1874.)

67. *De la valeur diagnostique du reflet lumineux du tympan.*

L'auteur a étudié d'une façon spéciale le reflet lumineux du tympan signalé d'abord par Wilde (de Dublin). Il s'attache à démontrer, contrairement à l'opinion généralement admise, que la forme du reflet ou triangle lumineux du tympan ne saurait avoir de valeur clinique, puisqu'il n'a pas de forme type physiologique. (*Soc. de chirurgie*, juillet 1874.)

68. *Ablation au galvano-cautère d'une tumeur érectile artérielle présentant un volume exceptionnel.*

Il s'agit d'une tumeur érectile artérielle ulcérée, mesurant 14 centimètres verticalement et 11 transversalement, développée sur une jeune fille de 16 ans au niveau de la région sacrée. La malade était exsangue.

La tumeur fut cernée à sa base par des aiguilles de platine, pédiculisée avec une chaîne d'écraseur et enlevée ensuite en 25 minutes avec l'anse galvanique.

La malade est présentée guérie à la Société de chirurgie. (*Soc. de chirurgie*, juillet 1874.)

69. *Extirpation d'un corps fibreux non pédiculé de l'utérus implanté sur le fond de la cavité et remplissant tout le petit bassin.*

L'auteur a rapporté ce cas malheureux, dans lequel le fond de l'utérus fut enlevé avec l'écraseur, pour mettre autant que possible les chirurgiens à l'abri d'un pareil accident.

En présence d'un gros fibrome non pédiculé, on doit se servir du bistouri et non de l'écraseur ; il faut en outre explorer la sensibilité du point sur lequel porte l'instrument. (*Soc. de chirurgie*, décembre 1874.)

70. *Par quel mécanisme se produisent les fractures obliques de la jambe au tiers inférieur, appelées encore fractures en V?*

L'auteur a fait, à Clamart, en collaboration avec le Dr Leriche, son préparateur, de nombreuses expériences cadavériques, pour arriver à découvrir le mécanisme resté inconnu jusqu'alors, des fractures obliques du tiers inférieur de la jambe. Elles se produisent à la suite d'un mouvement de *torsion*. Nous avons pu en reproduire un grand nombre avec la forme en V et la fissure articulaire. Par contre, les fractures qui résultent d'un mouvement de *flexion* n'ont pas de siège d'élection et ne sont jamais obliques. Comme conséquence de ces expériences, l'auteur a divisé les fractures de jambe de cause indirecte en deux grandes classes essentiellement distinctes : fractures par torsion, fractures par flexion, que l'on peut en général reconnaître sur le vivant. (*Thèse du Dr Leriche*, 1874. — *Anat. top.*, p. 1033.)

71. *Suture par anastomose des tendons extenseurs de l'auriculaire et de l'annulaire de la main droite avec le tendon du médius. — Réunion.*

Il s'agit d'un homme auquel l'auteur pratiqua cette curieuse opération, un mois après l'arrachement des tendons de l'auriculaire et de l'annulaire de la main droite.

Le succès fut complet, et deux mois et demi après l'opération, le malade était présenté à la Société de chirurgie, jouissant du mouvement de tous les doigts. Les cas de suture des tendons par anastomose sont d'une rareté extrême. (*Soc. de chirurgie*, janvier 1875.)

72. *Ablation d'un angio-lipome avec phlébolites développé sur l'avant-bras d'une jeune fille de douze ans.*

(*Soc. de chirurgie*, mars 1875.)

73. *De la mort subite par embolie cardiaque survenant dans le cours du traitement des fractures.*

Si les embolies pulmonaires sont relativement communes, il n'en est pas de même des embolies cardiaques dont M. Virchow conteste l'existence ; c'est pourquoi l'auteur en communiqua une observation authentique avec pièces anatomiques. (*Soc. de chirurgie*, avril 1875.)

74. *Ankylose coxo-fémorale gauche dans une position vicieuse. Redressement brusque, fracture du col du fémur. Consolidation et redressement complet.*

L'auteur présente une femme de 28 ans à laquelle il a fracturé le col du fémur pour une ankylose vicieuse de l'articulation coxo-fémorale avec un succès complet. (*Soc. de chirurgie*, avril 1875.)

75. *Luxation incomplète en avant des quatre derniers métacarpiens.*

(*Soc. de chirurgie*, mai 1875.)

76. *Plaie pénétrante du cœur.*

L'auteur présente le cœur d'une jeune femme qui avait reçu un coup de feu dans la poitrine. Il montre une balle de 7 millimètres située dans le ventricule

gauche. Le cœur présentait une cicatrice linéaire à peine visible. La malade vécut 18 jours pendant lesquels rien ne put faire supposer que le cœur était atteint, malgré un examen attentif fait à ce point de vue par un des médecins de l'hôpital Lariboisière. (*Soc. de chirurgie*, novembre 1875.)

77. *Fibro-myxome du bassin chez un homme.*

Il s'agit d'un énorme fibro-myxome implanté sur le coccyx, remplissant le petit bassin, ayant le volume et presque la forme d'un fœtus à terme.

L'opération fut relativement facile et la guérison complète. (*Soc. de chirurgie*, décembre 1875.)

78. *Corps étranger des fosses nasales.*

Il s'agit d'un noyau de cerise ayant séjourné dans les fosses pendant trois ans, et incrusté d'une couche calcaire très dure. L'auteur fit l'extraction, croyant avoir affaire à un séquestre. (*Soc. de chirurgie*, janvier 1876.)

79. *Mémoire sur la torsion des artères.*

Voici les conclusions de ce Mémoire :

1° La torsion est applicable aux artères de tout calibre. Elle convient plus spécialement aux grosses artères.

2° Une seule pince est nécessaire pour effectuer la torsion.

3° L'artère doit être saisie obliquement, de telle sorte que toute la largeur du vaisseau soit bien exactement comprise entre les mors de la pince.

4° On doit tordre l'artère jusqu'au détachement complet du bout saisi.

5° Il est inutile de refouler les tuniques internes du côté du cœur et de limiter d'avance le point où s'arrêtera la torsion.

6° Les artères athéromateuses, les artères enflammées peuvent être tordues efficacement.

7° La torsion des artères favorise la réunion immédiate des plaies.

8° Aussi bien que la ligature, la torsion assure l'hémostase primitive.

9° Beaucoup mieux que la ligature, la torsion met à l'abri de l'hémorrhagie secondaire. (*Soc. de chirurgie*, mars 1876.)

80. *Redressement du genu valgum par l'ostéoclasie manuelle.*

L'auteur a présenté à la Société de chirurgie plusieurs malades atteints primitivement de genu valgum et redressés par l'ostéoclasie manuelle suivant la méthode de Delore, et d'après un procédé spécial. Ce furent les premiers cas opérés à Paris. (*Soc. de chirurgie*, novembre 1875 et juillet 1876.)

81. *Hématomes de la voûte crânienne.*

L'auteur décrit à la voûte du crâne trois espaces : sous-cutané, sous-aponévrotique, sous-périostique. A chaque espace correspond une variété clinique d'hématome : hématome sous-cutané ou bosse sanguine ; hématome sous-aponévrotique qui s'étend au loin et décolle aisément le cuir chevelu ; hématome sous-périostique ordinairement congénital ou céphalématome. Cette classification est applicable aux abcès de la voûte crânienne et permet d'en comprendre les divers caractères cliniques. (*Anat. top.*, p. 13.)

82. *Du liquide céphalo-rachidien.*

L'auteur publie deux observations très rares, si elles ne sont uniques, d'écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien par les narines. (*Anat. top.*, p. 54).

83. *De la forme du conduit auditif externe et du pavillon de l'oreille dans ses rapports avec l'otite moyenne scléreuse.*

Se basant sur un très grand nombre d'observations, l'auteur a établi une relation intime entre la forme du conduit auditif externe et celle du pavillon avec l'existence de l'otite moyenne scléreuse. Un conduit large et rectiligne, un pavillon plat, parcheminé, non ourlé, se rencontrent en général sur les sujets atteints de cette grave affection. (*Anat. top.*, p. 90.)

84. *De l'abcès mastoïdien.*

L'auteur étudie une variété peu connue d'abcès ayant pour point de départ une ostéo-périostite du conduit auditif externe et qui apparaît derrière le pavillon de l'oreille ; cet abcès est sous-périostique d'emblée. Il insiste sur les rapports de l'artère auriculaire postérieure avec la paroi externe du foyer et donne les règles à suivre quand on ouvre l'abcès pour éviter la blessure toujours sérieuse de cette artère. (*Anat. top.*, p. 98.)

85. *Rôle du muscle de l'étrier.*

Contrairement à l'opinion admise, l'auteur conclut de ses recherches anatomiques que le muscle de l'étrier, au lieu d'agir sur le tympan comme le muscle du marteau, agit sur l'étrier qui lui sert de point d'insertion mobile. Ce muscle est antagoniste du muscle du marteau, c'est un modérateur. Son rôle est d'atténuer l'action trop vive du muscle du marteau sur la chaîne des osselets et de s'opposer à l'enfoncement de l'étrier dans la fenêtre ovale, ce que démontrent d'ailleurs l'anatomie et la physiologie. (*Anat. top.*, p. 130.)

86. *Aponévrose palatine et cathétérisme de la trompe d'Eustache.*

L'auteur décrit un feuillet fibreux, fortement tendu d'une apophyse ptérygoïde à l'autre et qui semble au toucher continuer le plan osseux de la voûte palatine. Le bord postérieur de cette aponévrose se trouve au niveau de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. C'est le point de repère que l'auteur considère comme le meilleur pour pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustache par le procédé qu'il recommande. (*Anat. top.*, p. 140.)

87. *Observation d'un blépharospasme double, ayant résisté à tous les traitements et guéri instantanément par la section sous cutanée des deux nerfs sous-orbitaires.*

(*Anat. top.*, p. 210.)

88. *Aponévroses du cou.*

L'auteur a fait une étude spéciale des aponévroses du cou. Il a surtout étudié le feuillet moyen qu'il appelle sterno-claviculaire. Son principal but était de montrer les différences profondes qui existent dans les symptômes et la marche des abcès du cou suivant qu'ils siègent en dehors ou en dedans de ce feuillet. (*Anat. top.*, p. 456.)

89. *Résection d'un omoplate rempli d'hydatides. — Pathogénie des kystes hydatiques.*

L'auteur a pratiqué, en 1879, à l'hôpital Beaujon, une résection de l'omoplate gauche sur une femme qui était entrée à la suite d'une contusion de l'épaule. L'os était farci d'hydatides. C'est à l'occasion de ce cas que M. Tillaux a formulé le premier cette opinion bizarre au premier abord, mais dont il a retrouvé beaucoup de preuves, à savoir que les kystes hydatiques reconnaissent souvent pour *cause déterminante* une contusion. (*Anat. top.*, *p.* 488.)

90. *Des abcès phlegmoneux de la paroi thoracique.*

L'auteur signale la différence capitale qui existe dans les symptômes, la marche et le pronostic des abcès phlegmoneux de la paroi thoracique, suivant qu'ils siègent en avant ou en arrière de l'aponévrose clavi-pectorale. (*Anat. top.*, p. 496.)

91. *Des abcès de la fosse iliaque interne.*

L'auteur a étudié spécialement la fosse iliaque interne, au point de vue des abcès qui s'y développent. Il s'est efforcé de montrer, par la description et sur des coupes, la différence profonde qui sépare ces abcès, suivant qu'ils siègent en avant ou en arrière du fascia iliaca. (*Anat. top.*, p. 688.)

92. *Des rapports du péritome avec la face antérieure de la vessie.*

L'auteur a étudié à nouveau les rapports du péritoine avec la face antérieure de la vessie, et n'a pu accepter les conclusions du professeur Sappey. Ces recherches ont une importance spéciale, aujourd'hui que l'on revient à la taille hypogastrique. (*Anat. top.*, p. 762.)

93. *Du rôle du ligament rond.*

D'après l'auteur, le rôle du ligament rond de l'articulation coxo-fémorale n'est pas de maintenir en contact les surfaces articulaires, ni de servir de moyen de transport aux vaisseaux qui alimentent l'os. C'est un ligament d'arrêt, qui protège le fond de la cavité cotyloïde contre la pression de la tête du fémur. (*Anat. top.*, p. 965.)

94. *Résection du nerf sous-orbitaire dans l'orbite.*

L'auteur a communiqué à la Société de chirurgie un cas de résection du nerf sous-orbitaire dans la cavité de l'orbite au devant du ganglion sphéno-palatin.

Il s'était servi d'un procédé qui semble avoir conquis les suffrages de ses collègues.

Il consiste dans les temps suivants :

1° Mettre à nu le nerf sous-orbitaire à sa sortie du canal et y passer un fil.
2° Découvrir le canal sous-orbitaire en relevant le globe de l'œil.
3° Mettre à nu le nerf sous-orbitaire et l'isoler.
4° Section du nerf et arrachement. (*Soc. de chirurgie*, juin 1877.)

95. *Corps étranger du rectum. — Extraction. Mort.*

Il s'agit d'un homme qui s'était introduit une bougie dans le rectum ; l'extrémité de la bougie ulcéra l'S iliaque, et détermina une péritonite mortelle. (*Soc. de chirurgie*, juillet 1877.)

96. *Ouverture d'un abcès profond du cerveau en 1877 dans le service et avec le concours de M. le Dr Proust.*

(*Gaz. des Hôpitaux*, 1877.)

97. *Communication sur les localisations cérébrales et les centres moteurs.*

(*Soc. de chirurgie*, décembre 1877.)

98. *Pseudarthrose de l'humérus. Résection des deux fragments. Suture osseuse. Guérison.*

En 1877, l'auteur a opéré avec succès un homme atteint de pseudarthrose de l'humérus gauche par la résection des deux bouts et la suture métallique. (*Thèse de M. le Dr F. Wathier*, 1877.)

99. *Rétrécissement partiel du rectum.*

L'auteur a signalé une variété peu connue de rétrécissement partiel du rectum, consistant en une bride très résistante, occupant la paroi postérieure au niveau du bord supérieur du sphincter interne. Un malade était atteint de trajets fistuleux profonds, occupant chaque fosse ischio-rectale. Les fistules guérirent spontanément par la section de la bride. (*Anat. top.*, p. 913. — *Thèse du Dr Garsaux*, 1877.)

100. *Observation d'une désarticulation de la hanche avec le galvano-cautère et le thermo-cautère.*

(*Soc. de chirurgie*, février 1878.)

101. *Ligature du cordon spermatique dans la castration.*

Au lieu de lier le cordon en masse, l'auteur conseille de dissocier le cordon et de faire trois ou quatre ligatures, suivant le volume de l'organe. C'est ce qu'il appelle la ligature en masse partielle. (*Soc. de chirurgie*, mai 1878.)

102. *Anévrysme du tronc tibio-péronier.*

A propos d'une observation d'anévrysme du tronc tibio-péronier, l'auteur a recherché pourquoi la gangrène du membre était beaucoup plus commune dans ce cas que dans l'anévrysme poplité ou fémoral. Il l'explique par la disposition de l'artère récurrente tibiale antérieure, seule voie anastomotique qui se trouve comprimée à son origine par le sac anévrysmal. (*Thèse du Dr Gancel*, 1878. — *Anat. top.*, p. 1029.)

103. *Désenclavement du nerf radial.*

L'auteur a présenté à la Société de chirurgie un homme auquel il avait pratiqué le désenclavement du nerf radial droit, emprisonné dans un cal. Les fonctions, qui avaient complètement disparu, se rétablirent intégralement trois mois après. (*Soc. de chirurgie*, juin 1878.)

104. *Observation de périostite phlegmoneuse. Ostéomyélite aiguë diffuse du tibia chez un adolescent.*

(*Soc. de chirurgie*, décembre 1878.)

105. *Anévrysme diffus de l'artère ischiatique.*

L'auteur a publié un cas d'anévrysme diffus de l'artère ischiatique, consécutif à une fracture de l'épine sciatique, qu'il avait ouvert croyant avoir affaire à un abcès chaud. Il ne put se rendre maître de l'hémorrhagie qu'en appliquant une

pince à forcipressure; le malade fut présenté guéri à la Société de chirurgie. (*Soc. de chirurgie*, mai 1879.)

106. *Considérations à propos de l'ovariotomie.*

L'auteur rapporte une observation d'ovariotomie dans le but d'appeler l'attention sur la débiscence de certains kystes de l'ovaire et sur la réduction du pédicule, pratique qui n'était pas encore couramment admise comme elle l'est aujourd'hui. (*Soc. de chirurgie*, octobre 1879.)

107. *Discussion sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades.*

La Société avait été engagée par M. Verneuil dans cette importante discussion. L'auteur y prit part et formula les conclusions suivantes :

1° Tant qu'une arthropathie aiguë ou chronique n'est pas complètement guérie, l'immobilisation dans un appareil inamovible constitue la partie fondamentale du traitement ;

2° Si l'articulation présente une position vicieuse, que la maladie soit aiguë ou chronique, il faut restituer au membre une bonne position avant de l'immobiliser ;

3° Lorsqu'après guérison d'une arthrite aiguë, il persiste une certaine rigidité de la jointure, on devra mobiliser celle-ci avec ou sans chloroforme ;

4° Après guérison d'une arthropathie chronique, l'articulation eût-elle perdu tous ses mouvements, on ne devra jamais la mobiliser. (*Soc. de chirurgie*, novembre 1879.)

108. *De l'hystérectomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses utérines.*

L'auteur a présenté à l'Académie de médecine une femme sur laquelle il avait enlevé l'utérus contenant un volumineux corps fibreux interstitiel.

Il créa à cette occasion le mot *hystérectomie*, généralement usité depuis cette époque par opposition à *hystérotomie ;* c'était le premier cas authentique avec pièces à l'appui présenté à l'Académie. (*Académie de médecine*, octobre 1879.)

109. *De l'ovulation dans ses rapports avec la menstruation.*

Répondant à la demande qui lui en avait été faite à l'occasion de sa communication sur l'hystérectomie, l'auteur rendit compte à l'Académie de médecine de ce qu'il avait constaté à cet égard sur les malades auxquelles il avait enlevé soit l'utérus, soit les deux ovaires. (*Académie de médecine*, août 1880.)

110. *Extirpation d'un kyste du mésentère.*

L'auteur présenta à l'Académie de médecine un homme auquel il avait pratiqué la laparotomie pour extirper un kyste du mésentère, du volume d'une tête d'enfant. Le diagnostic n'avait pas été fait avant l'opération. (*Bulletin Académie de médecine*, août 1880.) Depuis cette époque M. Tillaux, se basant sur la disposition anatomique du mésentère, a indiqué un certain nombre de signes (*Anat. top.*, p. 714, *4e édition*) qui permettront à l'avenir d'établir un diagnostic.

111. *Thyroïdectomie pour un goître exophthalmique. — Guérison.*

L'auteur a présenté à l'Académie de médecine une femme à laquelle il avait enlevé la totalité du corps thyroïde pour un goître présentant tous les signes du goître exophthalmique. C'était le premier cas publié en France.

Depuis cette époque, il a pratiqué plusieurs opérations analogues, et sa conduite a été imitée par un certain nombre de ses collègues.

L'auteur, se basant sur ses propres observations, a cru pouvoir formuler une théorie sur la production du goître exophthalmique. (*Académie de médecine*, avril 1880.)

112. *Du traitement des kystes hydatiques du foie.*

L'auteur a employé pour les kystes hydatiques du foie un traitement qu'il croit supérieur à ceux connus jusqu'alors. Après avoir détruit avec la pâte de Vienne les couches superficielles de la paroi abdominale, il enfonce dans le kyste une flèche de Canquoin et l'abandonne.

On obtient ainsi certainement des adhérences et le contenu du kyste se vide d'un seul coup par une large ouverture. (*Cliniques de M. Gosselin*, t. III, 3e édition, p. 167. — *Soc. de chirurgie*, mars 1881. — *Anat. top.*, p. 733.)

113. *Considérations sur les articulations tarso-métatarsiennes au point de vue de l'amputation de Lisfranc.*

Se basant sur la disposition des synoviales du tarse, l'auteur conclut ainsi :

« Si donc l'amputation de Lisfranc peut être légitimement pratiquée en cas de traumatisme, je la repousse quand l'intervention est nécessitée par des lésions articulaires et osseuses anciennes. » (*Soc. de chirurgie*, avril 1881.)

114. *Colotomie lombaire.*

L'auteur présente à la Société de chirurgie un jeune homme sur lequel il a pratiqué la colotomie lombaire pour un rétrécissement cicatriciel incurable du rectum.

Le résultat a été bon et le malade vit encore aujourd'hui (juin 1884). (*Soc. de chirurgie*, 28 décembre 1881.)

115. *Résection du nerf spinal à sa sortie du crâne.*

L'auteur a communiqué à l'Académie de médecine le premier cas de résection du nerf spinal pratiqué en France.

Il a suivi un procédé qui a été mis à exécution plusieurs fois depuis cette époque par d'autres chirurgiens. (*Académie de médecine*, janvier 1882.)

116. *Disscusion sur les fistules recto-vulvaires.*

L'auteur, répondant à l'appel de M. Verneuil, entre dans la discussion relative au traitement des fistules recto-vulvaires en faisant connaître ses propres observations, et présente un instrument qu'il a fait construire depuis longtemps pour pratiquer cette opération. (*Soc. de chirurgie*, mai 1882.)

117. *Kyste hydatique de la prostate.*

L'auteur a publié l'observation d'un kyste hydatique de la prostate, remarquable en raison de la rareté du siège. (*Soc. de chirurgie*, mars 1883.)

118. *Gastrostomie pour un rétrécissement fibreux de l'œsophage.*

L'auteur a présenté à la Société de chirurgie des pièces anatomiques provenant d'un homme auquel il avait pratiqué la gastrostomie pour un rétrécissement fibreux de l'œsophage. Le malade, guéri de l'opération, se laissa volontairement mourir de faim. (*Soc. de chirurgie*, avril 1883.)

119. *Statistique des grandes opérations pratiquées à l'hôpital Beaujon dans le courant de l'année* 1883.

L'auteur a publié cette statistique pour montrer la différence profonde qui existe entre les résultats actuels et ceux qu'on obtenait autrefois avant l'adoption de la méthode antiseptique. (*Soc. de chirurgie*, 1884.)

120. *Suture secondaire du nerf médian.*

L'auteur a pratiqué avec succès deux sutures secondaires du nerf médian, l'une 4 mois, l'autre 14 ans après l'accident.

Contrairement à ce qu'enseignent aujourd'hui la physiologie et l'histologie, les fonctions se sont rétablies rapidement dans le bout périphérique. (*Académie des sciences*, juin 1884.)

1385-84. — Corbeil. Typ. et stér. Crété.